

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE N° 410
POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 9 juin 1899, à 1 heure.

Par GUSTAVE CHAMPION
Né à Gray (Haute-Saône) le 8 février 1872.

TRAITEMENT ADJUVANT
DE LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE
PAR
L'IMMOBILISATION TEMPORAIRE DU THORAX

Président : M. LANDOUZY, professeur.

*Juges : { MM. LANCEREAUX, professeur.
ROGER et FAURE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS
JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15

1899

410

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 9 juin 1899, à 1 heure.

Par GUSTAVE CHAMPION

Né à Gray (Haute-Saône) le 8 février 1872.

TRAITEMENT ADJUVANT
DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE

PAR

L'IMMOBILISATION TEMPORAIRE DU THORAX

Président : M. LANDOUZY, professeur.

*Juges : { MM. LANCEREAUX, professeur.
 ROGER et FAURE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	Professeurs	M. BROUARDEL
Anatomie		MM.
Physiologie		FARABEUF.
Physique médicale.		CH. RICHET.
Chimie organique et chimie minérale.		GARIEL.
Histoire naturelle médicale.		GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.		BLANCHARD.
		ROUCHARD.
Pathologie médicale.		DEBOVE.
		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie.		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.		TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie.		POUCHET.
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale.		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		N.....
Pathologie expérimentale et comparée.		CHANTEMESSE
		POTAIN.
Clinique médicale.		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladie des enfants.		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.		LE DENTU
		TILLAUD.
Clinique ophthalmologique.		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.
Clinique d'accouchements.		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (André)	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Témoignage d'affection et de reconnaissance

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LANDOUZY

Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin à l'hôpital Laënnec

TRAITEMENT ADJUVANT
DE LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE

PAR

L'IMMOBILISATION TEMPORAIRE DU THORAX

I. — AVANT-PROPOS

Avant de commencer ce travail, c'est un devoir et aussi un plaisir pour nous de remercier les maîtres dont la bienveillance nous a été un concours si précieux dans le cours de nos études.

Nous offrons l'hommage de notre gratitude à tous nos Professeurs de l'Ecole d'Angers. Entre tous, nous conserverons toujours le meilleur souvenir de M. le docteur Dezaneau que la mort vient d'enlever trop tôt à l'affection de ses élèves.

Que MM. Potain, Faisans, Hirtz, Tillaux, Walther et Sebileau dont nous avons mis à profit l'enseignement dans les hôpitaux de Paris reçoivent l'expression de notre reconnaissance.

Nous adressons un pieux souvenir à la mémoire de M. le professeur Tarnier chez qui nous avons fait notre stage d'accouchement.

M. le Dr. Bloch, médecin de l'Asile des convalescents à Vincennes, nous a suggéré l'idée de ce travail et a bien voulu nous permettre de continuer les recherches qu'il avait commencées avec notre excellent ami le Dr Mignon, son interne. A tous deux nous offrons ici nos plus sincères remerciements.

Avant de terminer notre scolarité nous ne voulons pas manquer d'adresser un cordial souvenir à nos amis d'études.

M. le professeur Landouzy nous fait le plus grand honneur en acceptant la présidence de notre thèse ; qu'il veuille bien agréer l'assurance de notre respectueuse gratitude.

II. — INTRODUCTION

On sait que la pleurésie peut survenir quelquefois dans le cours de la tuberculose pulmonaire.

Pour MM. Hérard, Cornil, Leudet, Potain, Diéulafoy, les épanchements de la plèvre chez les tuberculeux, épanchements qui donnent lieu rarement à des symptômes de maladie aiguë, qui provoquent peu de réaction et ne sont souvent reconnus que par l'auscultation, sont alors un incident presque salutaire. Ils auraient « une influence plutôt favorable sur la marche de la tuberculose qui fait peu de progrès pendant l'évolution de la pleurésie ». (Charcot et Bouchard, *Manuel de Médecine*.)

Récemment encore au congrès de médecine interne de Montpellier, M. Révilliod, de Genève, parlant de diathèse antituberculeuse émettait l'opinion suivante : « la pleurésie survenant au cours de la tuberculose, même avancée, peut arrêter celle-ci ; on peut attendre les mêmes effets favorables de la pleurésie purulente et du pneumothorax. »

C'est en s'appuyant sur ces considérations que M. le Dr Bloch, médecin de l'asile de convalescence de hôpitaux eut le premier l'idée de réaliser expérimentalement

sur les nombreux tuberculeux de son service, à Vincennes, les conditions favorables de la pleurésie, sans rien injecter dans la plèvre.

Aidé de M. le D^r Mignon, il appliqua sur le thorax un appareil spécial pouvant atteindre le but cherché.

Nous avons suivi la voie tracée par MM. les D^{rs} Bloch et Mignon et nous nous proposons dans ce travail de faire connaître les résultats que nous avons pu obtenir nous-même et les conclusions que nous croyons pouvoir en déduire.

Nous commencerons par décrire l'appareil qui fut d'abord employé, et les modifications que nous lui fîmes subir dans la suite.

Nous montrerons ensuite les bons résultats que nous avons obtenus, en passant en revue les principaux symptômes de la tuberculose pulmonaire et nous continuerons par les indications et les contre-indications du procédé thérapeutique que nous préconisons.

Nous appuierons notre dire sur des faits fournis par l'expérimentation et l'observation et nous présenterons quelques-unes des nombreuses observations que nous avons recueillies nous-même ou que nous devons à l'obligeance de M. le D^r Mignon.

Nos conclusions termineront ce court travail.

III. — DESCRIPTION DES APPAREILS

Le premier appareil employé sur nos malades fut une demi-cuirasse plâtrée ainsi constituée :

Une longue attelle, faite avec quarante épaisseurs de tarlatane, large de vingt centimètres environ, avec une échancrure destinée à recevoir le cou, était placée sur l'épaule du côté où l'on voulait agir, descendant, en avant et en arrière, jusqu'à la partie inférieure de la cage thoracique. Une seconde attelle, de même épaisseur et au moins aussi large, réunissait, en passant sous l'aisselle, les deux parties antérieure et postérieure de la précédente. Une troisième tendait à les empêcher de s'écarter en faisant le tour de la ceinture ; une quatrième enfin, placée sur l'épaule, empêchait les mouvements exagérés du bras.

Ces attelles devaient être imprégnées d'une bouillie plâtrée aussi épaisse que possible, car elles avaient toujours tendance à s'écarter sous l'influence des mouvements respiratoires. On ne les appliquait pas directement sur la peau, mais bien sur une épaisse couche de ouate, qui permettait au malade de supporter plus facilement l'appareil et en même temps évitait les lésions cutanées, qui auraient résulté forcément du frottement continu.

Par dessus les attelles plâtrées, on enroulait, comme

pour les appareils à fractures, des bandes de toile jusqu'à ce que le plâtre eût atteint la consistance désirable. Pendant ce temps et en attendant la dessiccation complète, le malade évitait la position horizontale, car le poids du corps aurait donné à la cuirasse une forme particulière. On lui recommandait aussi d'éviter les mouvements respiratoires trop brusques afin de permettre à la coaptation de se faire le mieux possible.

Tel fut l'appareil que MM. les docteurs Bloch et Mignon employèrent, pendant quelque temps, pour immobiliser d'une façon relative un des côtés du thorax. Ils l'appliquèrent toujours du côté où les lésions pulmonaires étaient dominantes si les deux sommets étaient atteints, ou simplement existantes, si un sommet seul présentait à la percussion et à l'auscultation des signes de tuberculose.

Comme on peut s'en rendre compte, cet appareil était assez complexe et nécessitait de la part du malade un bon vouloir, que nous ne sommes pas toujours habitués à rencontrer. Par son poids, et la gêne produite souvent par ses contacts douloureux avec l'épiderme, il n'était pas sans fort incommoder les malades, surtout la nuit. Aussi, frappé des inconvénients que nous venons de signaler, nous avons essayé d'obtenir les mêmes résultats avec un appareil plus simple et plus portatif.

Nous y fûmes aussi amené en étudiant de quelle façon agissait la demi-cuirasse relativement aux mouvements respiratoires.

Dans une communication que M. le Dr Bloch a fait paraître à la société de Biologie, il a montré, ce qui s'ex-

plique d'ailleurs très facilement, que la respiration costale était diminuée, non-seulement du côté où se trouvait la cuirasse, mais aussi du côté libre : le synchronisme des mouvements costaux donne l'explication de ce phénomène que nous avons nous-même constaté. De plus la respiration diaphragmatique était augmentée considérablement, d'autant que diminuait la respiration costale.

Puisque les deux côtés du thorax étaient solidaires dans leurs mouvements, rien ne nous empêchait de comprimer les demi-cuirasses et de les remplacer par un autre appareil agissant à la fois sur les deux sommets.

Nous avons donc complètement renoncé à l'appareil plâtré et nous nous sommes contenté de comprimer la partie supérieure de la poitrine par des tours de bandes posés sur une épaisse couche de ouate. Les résultats que nous avons obtenus furent aussi satisfaisants qu'avec la cuirasse, comme nous le verrons plus loin. En outre l'application en fut infiniment plus facile et moins gênante pour le malade, et si le traitement par la cuirasse était presque impossible chez la femme, par suite de sa conformation et aussi de la difficulté de s'habiller, notre nouveau procédé devint pratique pour les deux sexes. Ce bandage doit être modérément serré, il doit descendre aussi le moins bas possible, ce que l'on obtient par les tours de bandes que l'on passe en bretelle sur les épaules.

Nous avons même mis en usage un petit corselet en toile qui immobilise également la partie supérieure de la cage thoracique et présente sur les deux appareils que nous venons de décrire l'avantage de ne gêner en rien le

malade et de permettre, par un système de lacets, placés les uns sur le sternum et les autres sous les aisselles, de faire varier la compression que l'on veut établir.

Tels sont les appareils qui ont servi à remplacer expérimentalement et à suppléer aux phénomènes de compression que la pleurésie a toujours sur le poumon.

Nous allons maintenant étudier les résultats que nous avons obtenus et passer en revue les améliorations qui se sont produites dans les différents symptômes de la tuberculose pulmonaire.

Nous commencerons par la toux.

IV. — MODIFICATIONS DE LA TOUX

Un des symptômes les plus apparents de la tuberculose pulmonaire à ses différentes périodes est la toux. Elle peut être de plusieurs sortes. Il y a, en effet, chez les tuberculeux la toux utile : celle qui aboutit à l'expulsion d'un crachat. Cette toux doit être respectée, mais elle peut et doit souvent être réduite dans sa fréquence, dans son intensité et dans sa durée. Outre cette toux, il y a la toux inutile, celle qui n'est pas suivie d'expectoration. Elle résulte d'une mauvaise habitude prise par le malade qui réagit au moindre chatouillement qu'il ressent dans la gorge. Cette toux, sèche souvent, et même presque toujours quinteuse est très pénible et très fatigante. Elle s'exagère progressivement parce que les efforts de toux ainsi répétés entraînent rapidement une congestion pharyngo-laryngée qui perpétue le besoin de tousser. Elle aboutit souvent, par les efforts disproportionnés auxquels elle donne lieu, au vomissement; et, outre qu'il vomit, le malade ne peut jouir d'un moment de tranquillité et ses nuits se passent sans sommeil et sans repos.

Le malade « se fatigue donc directement, absolument comme se fatigue le portefaix qui scie du bois, ou qui

monte de l'eau à un cinquième étage, puis indirectement par défaut de réparation ». Peter, *Leçons de clinique médicale*. Son état est donc grave et il est de première nécessité de supprimer la fréquence et l'intensité de ses accès.

Sans doute, l'arsenal thérapeutique présente un grand nombre de médicaments dont l'influence est des plus favorables. L'eau chloroformée saturée, le sirop d'éther, le bromure de potassium, les injections sous-cutanées d'eau pure, le chloral, le sulfonal peuvent donner quelquefois les meilleurs résultats, mais rien ne saurait être actuellement considéré comme supérieur aux opiacés que l'on peut donner sous la forme d'extrait thébaïque en pilules ou de laudanum à la dose de X à XX gouttes dans une tisane tiède. Cependant l'opium n'est pas sans avoir une influence fâcheuse sur la muqueuse stomacale si susceptible chez les tuberculeux; de plus les résultats qu'il donne ne sont pas toujours certains.

L'immobilisation du thorax, au contraire, paraît avoir fait rétrocéder ces accès de toux, et ce symptôme a presque toujours été amélioré, surtout pendant la journée.

La persistance plus grande de la toux nocturne ne contredit pas l'utilité de notre appareil, car c'est, en effet, lorsque le malade est debout que l'immobilité thoracique est la plus complète; en se couchant, surtout avec la cuirasse plâtrée, le malade déplace toujours plus ou moins son appareil qui a naturellement une tendance à remonter et qui ne peut par conséquent agir avec la même efficacité que pendant la journée. Nos malades ont eu, en général, des quintes de toux moins fréquentes, moins lon-

gues, moins douloureuses ; quelquefois même elles ont été complètement supprimées. Etonnés eux-mêmes de leur amélioration rapide, ils pouvaient ainsi prendre un repos désiré depuis si longtemps et jouir d'un sommeil réparateur. L'amélioration obtenue augmentait ou diminuait suivant que l'appareil était en place ou non (Observations IV, XIV) ; mais, le plus souvent, la toux, après avoir été calmée, restait moins fréquente après l'enlèvement définitif de l'appareil et cela du moins tant que nous avons pu suivre les malades et les avoir à notre disposition.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Dr Mignon).

A..., 45 ans. Gardien de la Paix, salle Laënnec.

Pas d'antécédent héréditaire.

Comme antécédent personnel a eu une pleurésie sèche à gauche il y a plusieurs années. Tousse tous les hivers depuis longtemps.

Entre à l'infirmerie le 19 mars 1898. Depuis trois mois son état s'est aggravé. Il a des quintes de toux très fréquentes ; pas d'hémoptysie grave. Sueurs nocturnes abondantes.

A la percussion, nous avons à droite de la matité sous-claviculaire et de l'augmentation des vibrations ; à gauche de même ; cependant les vibrations sont moins intenses.

A l'auscultation : râles crépitants abondants dans toute la partie supérieure du poumon droit, surtout à la partie externe

du sommet ; en arrière également ; râles abondants dans l'aiselle et tout le long du bord axillaire de l'omoplate. A gauche, quelques râles disséminés en avant à la partie moyenne du poumon et en arrière le long du bord de l'omoplate.

Comme les quintes de toux sont très violentes et que le malade ne peut jouir du moindre repos, on applique un appareil plâtré du côté droit le 20 mars 1898.

21 mars. — Le malade ne ressent aucune gêne de l'appareil, sinon qu'il respire moins d'un côté que de l'autre.

26 mars. — Depuis quelques jours, le malade se trouve très soulagé ; il affirme, sans qu'on le lui demande « qu'il ne toussé presque plus, alors qu'auparavant il toussait beaucoup ».

31 mars. — On enlève l'appareil, et à l'auscultation on s'aperçoit qu'une notable amélioration s'est produite du côté où l'on avait mis l'appareil ; il ne présente pas plus de signes que du côté gauche : les râles crépitants ont beaucoup diminué. Il semble que l'immobilisation ait favorisé dans une large mesure la décongestion des lésions pulmonaires qui depuis longtemps étaient soumises au traitement ordinaire.

4 avril. — Le malade quitte l'infirmerie sensiblement amélioré ; il continue à beaucoup moins tousser, ce qui lui permet de se reposer la nuit.

OBSERVATION II (personnelle).

L... Ernest 20 ans, 7, salle Dupuytren.

Pas d'hérédité.

Antécédents personnels. — Erysipèle à douze ans. Tuberculose

osseuse. Entré le 25 janvier 1898 à Saint-Antoine pour bronchite. Depuis ce temps, il tousse beaucoup.

Sueurs nocturnes. Hémoptysies. Vomissement qui ont été abondants et fréquents dans les commencements de la maladie, alors que le malade avait encore bon appétit.

18 juillet 1898. — Aujourd'hui les vomissements sont plus rares et le malade a de l'anorexie. Il a beaucoup maigri. En avant à droite : submatité dans les fosses sus et sous-claviculaire s'étendant à trois travers de doigt sous la clavicule ; à l'auscultation la respiration est soufflante ; craquements dans tout le sommet ; à gauche, la percussion est presque normale, la respiration est rude et soufflante, l'expiration très prolongée ; très peu de craquements. En arrière, à droite : la percussion est douloureuse ; submatité. A l'auscultation : souffle tubocaverneux, craquements, gargouillements dans les fosses sus et sous-épineuses et s'étendant jusqu'au milieu de l'omoplate. A gauche : la percussion donne plus de sonorité, mais cependant la respiration est très rude à l'expiration prolongée.

Actuellement le malade se plaint d'un point de côté à droite et en avant, au niveau des dernières côtes et exagéré par la toux qui est très opiniâtre.

Depuis le 15, jour de son entrée à l'infirmerie, la température, qui est d'environ 36° le matin, atteint tous les soirs 38°.

19 juillet. — Appareil à droite.

21 juillet. — Le malade a constaté la disparition de la vive douleur qu'il avait au côté droit. Il est beaucoup soulagé.

24 juillet. — Le malade se trouve mieux, il tousse un peu moins.

2 août. — Même état, le malade se trouve toujours mieux ;

les quintes de toux sont moins tenaces et moins douloureuses ; l'état général est meilleur.

Depuis la pose de l'appareil, la température n'a atteint 38° que le 24 juillet et le 1^{er} août. Jamais les autres jours elle n'a dépassé 37° ou 37°4, ce qui était l'indice d'une certaine amélioration.

3 août. — On enlève l'appareil ; les signes d'auscultation sont les mêmes. Le malade a assez bon appétit. Il quitte l'asile le 7.

OBSERVATION III (D^r Mignon).

(Résumée).

R... 49 ans, employé de commerce. Dupuytren 12.

Père mort de tuberculose ; mère rhumatisante.

Tousse depuis un an. A beaucoup maigri. Sueurs nocturnes abondantes ; première hémoptysie il y a une quinzaine de jours.

Le 18 juin 1898. — Entre à l'infirmerie de l'asile de Vincennes. Il tousse beaucoup, surtout la nuit. L'appétit est conservé.

A l'auscultation : à droite, respiration rude et soufflante en avant ; quelques craquements humides en arrière et le long du bord spinal de l'omoplate. Pas de lésion à gauche.

13 juin. — On lui met un appareil à droite.

15, 17, 22. — Le malade ne tousse presque plus et dit se trouver très bien.

27. — On enlève l'appareil. A l'auscultation on trouve un murmure vésiculaire beaucoup plus doux ; presque plus de craquements.

9 juillet. — Quitte l'infirmerie dans un bon état ; il ne tousse toujours plus.

OBSERVATION IV (Personnelle).

A... 44 ans, Salle Dupuytren 7.

Pas d'antécédent héréditaire.

Comme antécédent personnel le malade se plaint de tousser depuis quatre ans. Il a beaucoup maigri depuis un an ; sueurs nocturnes. Hémoptysies fréquentes. Pas d'anorexie.

12 mars 1893. — Entre à l'Infirmerie pour sa toux.

A droite, submatité, retentissement de la voix, quelques craquements. A gauche, diminution du retentissement vocal, matité beaucoup plus nette ; craquements plus abondants, surtout en arrière tout le long du bord spinal de l'omoplate.

14 mars. — Appareil plâtré à gauche.

20 mars. — Le malade supporte bien l'appareil, tousse moins.

31 mars. — Le malade ne tousse presque plus le jour.

On enlève alors l'appareil. Craquements toujours abondants le long du bord spinal de l'omoplate.

2 Avril. — Le malade s'est remis à tousser. Les douleurs thoraciques dont il souffrait du côté gauche et qui avaient complètement disparu avec l'appareil ont reparu. Le malade demande un nouvel appareil.

3 Avril. — On remet un appareil à gauche.

6 avril. — Plus de douleur thoracique. Le malade n'a pas

toussé depuis 24 heures, ce qui ne lui était pas arrivé depuis très longtemps.

14 avril. — Le malade tousse manifestement moins.

On retire l'appareil ; les craquements ont disparu en avant et à gauche ; en arrière ils persistent moins abondants.

15 avril. — La toux et les douleurs reparaissent comme auparavant et le malade se plaignant on lui remet de nouveau l'appareil.

18 avril. — Les améliorations obtenues par le troisième appareil sont les mêmes qu'avec les deux premiers ; aussi le malade, qui quitte l'asile quelques jours après, demande à l'emporter.

OBSERVATION V (D^r Mignon).

(Résumée).

H..., 30 ans, garçon de cuisine. Salle Laënnec, 10.

Pas d'antécédent. Tousse depuis quatre ans. Fréquentes hémoptysies, sueurs nocturnes, amaigrissement.

27 mars 1893. — Tousse beaucoup. Les quintes sont très douloureuses. Submatité au niveau des deux sommets. Craquements en arrière des deux côtés de la poitrine, mais plus abondants au sommet droit. En avant, les râles crépitants sont abondants à droite sous la clavicule ; tandis qu'à gauche, où ils sont encore plus abondants, ils siègent seulement au tiers moyen.

28 mars. — Appareil à droite.

6 avril. — Le malade toussant beaucoup moins, on enlève l'appareil ; peu d'amélioration à l'auscultation.

14 avril. — Le malade demande un nouvel appareil.

La toux est rare, les nuits sont bonnes car les quintes ne sont pas assez fréquentes pour empêcher le sommeil.

22 avril. — Quitte l'asile. Le malade se trouve très soulagé mais les signes d'auscultation ont peu varié.

OBSERVATION VI (Personnelle).

(Résumée).

R..., 27 ans. Salle Dupuytren 9.

Antécédents héréditaires. — Père mort alcoolique.

Tousse depuis six ans. Scoliose.

Au début de la maladie a eu des sueurs nocturnes très fréquentes. Hémoptysies. A beaucoup maigri depuis un an. Pas d'anorexie.

12 mars 1898. — Nous examinons à son entrée à l'infirmerie le malade qui se plaint surtout de tousser beaucoup, et de souffrir d'un point de côté très violent à gauche. A droite : submatité de toute la partie externe du poumon, râles secs assez abondants dans l'aisselle et derrière l'omoplate. A gauche : matité très nette ; craquements très nombreux dans toute la hauteur du poumon en avant et en arrière.

12 mars. — Appareil à gauche.

20 mars. — Le malade tousse moins et n'a plus la même douleur de côté.

23 mars. — Le malade a une hémoptysie comme il en avait du reste précédemment tous les cinq ou six jours ou quinze au plus.

31 mars. — Le malade a une hémoptysie au moment où on enlève l'appareil. Il tousse beaucoup moins, mais cet accident est peu favorable au résultat de l'auscultation. L'hémoptysie ne dure que quelques heures, quelques morceaux de glace ont suffi pour l'arrêter.

9 avril. — Le malade quitte le service dans le même état.

OBSERVATION VII (D^r Mignon)

(Résumée).

B..., garçon de café, 35 ans, salle Laënnec, 3.

Tousse depuis longtemps, mais surtout depuis juillet 1897. Hémoptysie, sueurs. Amaigrissement. Anorexie. Douleur dans toute la région thoracique droite. Pas de fièvre.

A droite: craquements assez abondants dans toute la hauteur de l'aisselle, râles assez nombreux en arrière sous l'omoplate.

A gauche, respiration seulement rude.

7 avril. — Appareil à droite.

14 avril. — Toux a diminué surtout le jour. Douleur du côté droit a complètement disparu.

20 avril. — Le malade tousse encore la nuit, mais beaucoup moins le jour. Expectoration plus abondante et plus facile.

3 mai. — Le malade se trouvant beaucoup mieux, l'appareil est enlevé. Les signes d'auscultation sont les mêmes. L'amélioration continuant, il quitte l'asile.

OBSERVATION VIII (Personnelle).

(Résumée).

R..., 21 ans, scieur de pierrès. Salle Laënnec 3.

A un père se portant bien, sa mère est asthmatique.

Une sœur bien portante.

Jamais malade ; tousse seulement depuis le mois de mars 1898. Quelques filets de sang dans ses crachats.

19 août 1898. — Le malade a un peu maigri. Sueurs nocturnes.

Pas de vomissement ni de diarrhée. L'appétit qui avait beaucoup laissé à désirer a repris depuis une quinzaine de jours.

En avant, submatité dans la fosse sus-claviculaire droite ; respiration rude, expiration prolongée, quelques craquements. A gauche, sonorité normale, respiration un peu soufflante. En arrière, à droite submatité s'étendant jusqu'à la pointe de l'omoplate. Dans les fosses sus et sous-épineuses, respiration soufflante ; craquements s'étendant jusqu'au milieu de l'omoplate et le long de son bord spinal.

A gauche, un peu de submatité avec une respiration rude.

19 août. — On met un appareil à droite.

25 août. — Pas de fièvre ni avant ni durant la pose de l'appareil. Cependant, depuis que le malade le possède, les oscillations de la température qui avant étaient d'environ un degré par jour sont beaucoup moindres, et la température du matin et du soir est presque la même.

La toux a peu varié ; peut-être moins fréquente pendant la journée.

1^{er} septembre. — Le malade se trouve soulagé ; il repose bien, ses efforts pour tousser sont moins violents. On lui retire l'appareil.

10 septembre. — L'amélioration a persisté.

OBSERVATION IX (D^r Mignon).

Résumée

Ca..., 28 ans, Plombier salle Laënnec 4.

6 avril 1868. — Entre à l'infirmerie parce qu'il tousse beaucoup. A un peu maigri. Sueurs nocturnes. Crachats numulaires très abondants. Hémoptysies.

Matité à la percussion à gauche ; craquements surtout abondants en avant ; quelques-uns dans l'aisselle. Râles de congestion du sommet gauche en arrière. Submatité à droite et respiration soufflante.

7 avril. — Appareil à gauche.

8 avril. — Pas de changement.

9-15. — Le malade tousse moins. Expectoration abondante mais facile.

20 avril. — Même état.

27. — On enlève l'appareil ; les râles sont moins nombreux dans l'aisselle.

3 mai. — Craquements humides à gauche en arrière et en avant à la partie externe. Expectoration abondante.

OBSERVATION X (Personnelle).

(Résumée).

A..., placier, 19 ans. Salle Laënnec, 12.

Tousse depuis deux ans; l'étiologie de sa tuberculose serait une balle de revolver reçue dans le poumon.

7 avril 1898. — A eu des hémoptysies très fréquentes, sueurs. Le jour où il rentre à l'infirmerie il est très amaigri. Anorexie. Douleur violente de toute la cage thoracique gauche. Température de 39° presque continuelle le soir. Matité en avant et à gauche; râles très abondants du sommet gauche. Gargouillement pré-cavitaire. A droite, quelques râles peu nombreux à la partie externe du poumon.

8 avril. — Appareil à gauche.

11 avril. — La douleur du côté gauche, douleur qui était très violente, a complètement disparu. Le malade ne tousse pour ainsi dire plus.

20 avril. — L'amélioration persistant, on enlève l'appareil et le malade, chez qui l'appétit est revenu, se trouvant beaucoup mieux, demande son exeat.

OBSERVATION XI (D^r Mignon).

Résumée.

T..., 37 ans, journalier, salle Laënnec, 16.

Tousse depuis plusieurs années ; hémoptysie abondante il y a deux jours. Craquements humides dans tout le côté gauche en avant et en arrière ; quelques-uns aussi à droite.

7 avril. — Appareil à gauche. L'hémoptysie, qui durait depuis deux jours, s'arrête le soir même.

9 avril. — L'hémoptysie n'a pas reparu. Le malade tousse moins.

10 avril. — Nouvelle hémoptysie qui cède immédiatement à une potion d'ergotine.

21 avril. — Le malade tousse toujours moins ; il quitte l'asile en demandant à garder l'appareil.

OBSERVATION XII (Personnelle).

C..., 28 ans coiffeur, salle Dupuytren 914.

Antécédents héréditaires très douteux ; tousses depuis longtemps, mais surtout depuis 6 mois. Hémoptysies il y a sept mois, qui se sont renouvelées plusieurs fois au mois de mars 1898.

4 avril 1898. — Entre à l'infirmerie. Se plaint de tousser beau-

coup ; a craché abondamment du sang ces jours derniers, mais depuis deux jours il n'a plus d'hémoptysie. En avant, respiration soufflante et submatité des deux sommets ; en arrière, craquements des deux côtés, surtout nombreux le long du bord spinal des deux omoplates, et s'étendant jusqu'à la partie moyenne du poumon.

6 avril. — Appareil à gauche.

9-11 avril. — Le malade tousse moins dès le premier jour. Il n'a pas recraché de sang.

25 avril. — On enlève l'appareil. Il y a peut-être moins de râles que du côté droit, et la matité est moins nette qu'avant la pose de l'appareil.

30 avril. — Le malade quitte l'asile.

OBSERVATION XIII (D^r Mignon).

(Résumée).

D... ferblantier, 49 ans. Salle Magendie 3.

Tousse depuis cinq mois. Amaigrissement. Sueurs nocturnes. Pas de diarrhée. L'appétit est conservé.

9 avril 1898. — Se plaint d'une toux opiniâtre, et d'une douleur au niveau du sommet gauche.

A gauche, râles crépitants et bruits cavitaires avec zone de sonorité au milieu du sommet gauche. A droite, matité et respiration soufflante en avant, quelques craquements peu nombreux en arrière.

16 avril. — Appareil à gauche.

14 avril. — La toux a diminué. Le malade se trouve mieux ; son appétit est meilleur.

20 avril. — La douleur du sommet gauche a complètement disparu. Le malade qui ne pouvait se coucher que du côté droit peut maintenant se coucher indifféremment d'un côté ou de l'autre.

La toux est la même que le 14 avril .

24 avril. — On enlève l'appareil.

27 avril. — L'état est toujours le même, et comme il est assez satisfaisant, le malade fait signer son exeat.

OBSERVATION XIV (personnelle).

(Résumée).

P... 41 ans, cordonnier, salle Laënnec, 13. Tousse beaucoup depuis six mois. Légères hémoptysies. A maigri depuis ce temps. Sueurs nocturnes.

31 mars 1898. — Anorexie, crises de diarrhée et de constipation. Tousse par quintes très fréquentes et très prolongées. En avant : à gauche, craquements humides localisés tout à fait au sommet, surtout au niveau du tiers interne de la clavicule ; à droite quelques râles, près du sternum ; en arrière : rudesse de la respiration, pas de râles.

1^{re} avril. — Appareil plâtré à gauche.

2 avril. — Le malade tousse beaucoup moins, La nuit a été bonne.

6 avril. — Le mieux continue.

14 avril. — On retire l'appareil.

15 avril. — Le malade a toussé beaucoup plus. Il se trouve moins bien. Vomissement dans la nuit.

16 avril. — L'état est toujours aussi peu satisfaisant. Nouveau vomissement provoqué par les efforts de toux.

On lui remet l'appareil.

20 avril. — Tout a cessé comme par enchantement.

L'état général est redevenu meilleur; les quintes de toux sont moins nombreuses et moins longues; le malade se trouvant très soulagé demande à emporter son appareil; ce qu'on lui accorde.

OBSERVATION XV (Personnelle.)

(Résumée).

D... 50 ans. Salle Dupuytren, 10.

Tousse beaucoup depuis un an.

A beaucoup maigri. Sueurs nocturnes. Anorexie.

11 avril 1898. — A l'examen, on trouve à droite et en avant quelques râles humides disséminés en arrière; quelques craquements dans la fosse sus-épineuse.

A gauche: lésions cavitaires; gros râles humides; souffle cavitaire.

12 avril. — Appareil à gauche.

15 avril. — La toux a diminué, mais comme le malade, dont les lésions sont très avancées, se trouve un peu gêné, nous enlevons l'appareil.

V. — MODIFICATION DES VOMISSEMENTS

Dans le chapitre précédent, nous avons déjà fait pressentir que les efforts et les quintes de toux amènent des vomissements chez les tuberculeux. Ces vomissements, qui sont d'ordre purement mécanique, sont d'autant plus fréquents et plus abondants que les quintes de toux se répètent plus souvent et avec plus d'intensité. Ils peuvent apparaître à toute heure de la journée et de la nuit et sont, il n'est pas besoin de le dire, une grande cause de dénutrition. En diminuant la toux, nous avons donc pu presque toujours les supprimer, comme nous le verrons dans les observations qui vont suivre.

Mais outre ces vomissements, il en est d'autres qui sont beaucoup plus graves et qui échappent davantage aux procédés thérapeutiques : ce sont les vomissements gastriques si fréquents aux différentes périodes de la tuberculose. Leur mécanisme, pour être un peu plus complexe, n'en est pas moins à peu près le même que celui qui permet aux tuberculeux de rejeter les sécrétions morbides qui remplissent leurs alvéoles pulmonaires. Des branches terminales du pneumogastrique sont également irritées ; seulement ce ne sont plus celles qui arment la muqueuse

bronchique, mais celles qui se rendent à la muqueuse de l'estomac devenue spécialement irritable. Et alors ce n'est plus un produit morbide qui joue le rôle de corps irritant mais bien les aliments ingérés. Le résultat est d'ailleurs absolument le même : c'est un effort de toux et cet effort de toux a pour effet, dans les deux cas, d'amener le rejet du corps irritant. Tout à l'heure le corps irritant siégeait dans les voies respiratoires et il y avait expectoration ; maintenant il siège dans l'estomac, il y a vomissement. Tout à l'heure le corps rejeté était un produit morbide, nuisible pour l'économie, l'acte était salubre ; maintenant le corps rejeté est l'aliment, et l'acte est éminemment malfaisant puisqu'il tarit la source même de toute nutrition. Cette toux des phtisiques est bien une toux gastrique ; elle n'est pas, comme tout à l'heure, le résultat purement mécanique d'un effort de toux ordinaire. En effet le phtisique mange ; bientôt après et sans douleur il est pris d'un irrésistible besoin de tousser, et en même temps qu'il tousse il rejette l'aliment ingéré sans que celui-ci ait eu le temps de subir l'action du suc gastrique. Après le vomissement, le malade se sent soulagé ; il essaie de s'alimenter encore, mais la nouvelle série morbide va recommencer : on comprend tout le danger d'une pareille situation pour les malheureux malades qui, ne pouvant conserver la moindre parcelle de leurs aliments, s'affaiblissent rapidement, maigrissent et n'offrent plus aucune résistance aux progrès de l'infection.

Dans le chapitre précédent nous avons montré que nous avons pu presque toujours diminuer la toux opiniâtre de nos malades. En supprimant ainsi la cause de leurs

vomissements nous pouvions espérer en supprimer les effets. Notre espoir, en effet, n'a pas été déçu et nous avons eu le plaisir de voir le plus souvent ce symptôme si grave disparaître instantanément et radicalement.

Les observations (XVII, XIX, XXI, XXV) sont particulièrement intéressantes à étudier. Chez les malades dont nous rapportons ici l'histoire clinique les vomissements duraient déjà depuis plusieurs mois et dans l'observation XVIII duraient même depuis presque un an. Que ces vomissements aient eu lieu plusieurs fois par jour, ou même à chaque repas, ou seulement une fois dans la journée, on comprend combien le pronostic devait être grave. Nos malades, qui avaient été soignés à différentes reprises dans les hôpitaux, avaient usé des différents traitements que l'on emploie en pareil cas et qui consistent ou à calmer l'irritabilité du pneumogastrique ou à anesthésier la muqueuse stomacale. Ils avaient eu recours à la potion de Rivière, au laudanum, à l'extrait thébaïque, à l'infusion de coca, au chlorhydrate de cocaïne, à l'eau chloroformée et quelquefois au lavage de l'estomac, mais rien n'avait pu avoir raison de ces vomissements réflexes, incoercibles, qui, tout en ayant la plus funeste influence sur le physique des malades, n'étaient pas sans nuire à leur moral.

Comme on peut le lire, le résultat de notre intervention a été le plus souvent immédiat et, quelques heures après la compression thoracique, ces mêmes malades qui, la veille et les jours précédents, ne pouvaient garder la moindre parcelle de leurs aliments ont pu s'ali-

menter régulièrement et cela sans rien changer à leur régime.

Notre intervention était d'autant plus heureuse que beaucoup des malades que nous avons ainsi soignés n'étaient ni des anorexiques ni des dyspeptiques. Il est facile de comprendre que nous n'aurions pu agir par notre appareil immobilisateur sur des vomissements dus à une gastrite, à une dilatation ou à toute autre lésion de l'estomac. Ils se mettaient, au contraire, à table avec plaisir, inquiets seulement de savoir à quel moment allaient survenir leurs vomissements. Outre les viandes saignantes et les légumes composant le fond de leur ordinaire, ils absorbaient facilement, à chacun des repas, une centaine de grammes de pulpe de viande, et tous ces matériaux de leur nutrition ils les conservaient du jour au lendemain et cela souvent à leur grand étonnement.

Non seulement le résultat obtenu a été immédiat, mais aussi durable et nos malades ont conservé pendant tout le temps que nous avons pu les observer le bénéfice qu'ils en avaient tiré.

D'ailleurs la lecture des observations que nous rapportons à la fin de ce chapitre en dira plus que de longues phrases.

OBSERVATION XVI (Résumée. Dr Mignon).

J... 35 ans Emballeur. Salle Jenner 15.

Père mort de tuberculose ; mère morte d'accident. Un frère

et une sœur se portant bien. Tousse depuis deux ans, mais surtout depuis quelques mois. A eu les fièvres paludéennes. Depuis quelques jours vomit très souvent, surtout au milieu des repas à la suite de quintes de toux. Traitement médical n'a pu les arrêter. Il a un peu maigri.

Un peu de submatité à gauche sous la clavicule, quelques craquements secs dans la région sous claviculaire en avant et sous l'épine de l'omoplate en arrière. A droite, quelques râles humides fins, surtout dans l'aisselle.

4 Juin. — Appareil plâtré à gauche. Le malade le garde jusqu'au 30 juin. Durant ce temps, les vomissements n'ont plus reparu. Le malade se nourrit bien, et a repris de l'embonpoint. Les signes d'auscultation ont peu varié.

OBSERVATION XVII (Résumée, Dr Mignon).

P..., 40 ans, salle Magendie 6.

Pas d'antécédent héréditaire ; comme antécédent personnel a une fièvre typhoïde à 21 ans ; aucune autre maladie ; tousses surtout depuis trois mois, actuellement presque continuellement. A eu des hémoptysies, sueurs nocturnes. Douleur thoracique à gauche. Vomissements continuels depuis plus d'un mois ; à la suite de quintes de toux. Préparation opiacée et potion de Rivière ne les ont pas calmés.

On trouve en avant : respiration soufflante et quelques râles humides au sommet droit : en arrière, quelques râles fins. Au sommet gauche, gros râles muqueux très localisés au niveau du point douloureux à la percussion.

7 juin. — Appareil à gauche.

Les vomissements se sont arrêtés le soir même de l'application de l'appareil.

11 juin. — A eu un léger vomissement ce matin. « Presque rien, dit-il, avant je vomissais tout ».

17 juin. — Le malade ne vomissant plus, on lui enlève l'appareil.

21-22. — Le malade se plaint de tousser d'avantage, de plus les vomissements sont revenus, aussi lui refait-on de nouveau de la compression thoracique.

25 juin. — Les vomissements ont complètement, de nouveau disparu ; aussi le malade sur son désir quitte l'asile le 27 juin en gardant sa cuirasse.

OBSERVATION XVIII (personnelle)

B... 32 ans, journalier, n° 13, salle Laënnec.

Mère se porte bien ; père mort de fluxion de poitrine.

A eu la fièvre scarlatine à 18 ans. Tousse depuis très longtemps et surtout depuis un an, après des travaux pénibles dans une ferblanterie, nécessitant de grands changements de température. Jamais d'hémoptysie. Sueurs nocturnes abondantes il y a environ quatre mois, plus rares aujourd'hui. Pas de diarrhée.

2 décembre 1898. — En ce moment le malade a beaucoup maigri. Tousse beaucoup, surtout la nuit, par quintes.

Depuis neuf mois, le malade vomit régulièrement après chaque repas. A été à trois reprises différentes à l'hôpital Tenon

où l'on a essayé vainement de le soulager. « J'ai essayé de tout et rien n'y a fait » dit-il. Le malade, qui est complètement découragé, n'a presque plus d'appétit.

Un peu de submatité à la percussion à droite et à gauche, en arrière. Signes cavitaires du sommet gauche, craquements humides et gargouillements en avant et en arrière. A droite, respiration rude avec expiration très prolongée.

13 décembre. — Sans prendre le temps d'essayer un traitement médical pour arrêter les vomissements, nous mettons un appareil en bandes de toile. Il est onze heures; à midi, le malade se met à table; il prend de la pulpe de viande dans du bouillon, environ 150 grammes de veau et des pommes de terre en purée. A dix heures du soir, après son dîner, il n'avait pas encore vomi.

15 décembre. — Le malade s'aperçoit que ses quintes de toux sont moins douloureuses; il expectore plus facilement; toujours pas de vomissement.

21 décembre. — On enlève l'appareil.

24 décembre. — Les vomissements ont reparu, mais moins fréquents: une seule fois par jour. On lui remet de nouveau son appareil.

26 décembre. — Plus de vomissement; la malade mange de bon appétit; il est étonné et en même temps très heureux du résultat de notre traitement.

Il garde l'appareil pendant une dizaine de jours et quand il le retire il reste encore quelques jours à l'infirmerie. Il se trouve beaucoup mieux. Les vomissements n'ont plus reparu. Il a repris un peu d'embonpoint.

OBSERVATION XIX (Personnelle)

R..., 20 ans, boulanger. Salle Dupuytren 6.

Père mort de cachexie cancéreuse. Mère morte de fièvre typhoïde. Un frère mort de méningite à 12 ans. Un frère et une sœur se portant bien.

N'a jamais été malade ; toussé depuis février 1897 ; hémoptysies rares et peu abondantes ; vomit depuis cinq mois ; tous les médicaments absorbés n'ont pu arrêter ses vomissements.

20 octobre 1898. — Depuis son entrée à l'asile, le malade toussé beaucoup par quintes, surtout la nuit ; il vomit le soir, et depuis quelque temps cet accident lui arrive tous les jours. On lui donne à son arrivée une potion avec de l'opium qui ne donne aucun résultat.

Rien ni à la percussion ni à l'auscultation à droite ; à gauche, légère submatité, respiration rude, expiration prolongée, quelques râles très fins.

22 octobre 1898. — Appareil en bandes de toile.

23. — Pas de vomissement : le malade a presque autant toussé. Le soir léger vomissement.

24. — Le malade a moins toussé et pas vomi.

25-26. — Ces deux jours le malade n'a pu terminer son repas du soir, ayant été pris de fortes quintes de toux et de vomissement.

Le 27 octobre. — Le matin, à la visite, on s'aperçoit que l'appareil est très large et qu'il ne comprime plus la partie supérieure du thorax ; aussi en remet-on immédiatement un autre

28, 4 novembre. — Le malade n'a plus eu de vomissement, aussi on lui enlève son appareil ; l'appétit est bon et le malade mange suffisamment. Il part le 8 très amélioré. Les signes d'auscultation sont les mêmes.

OBSERVATION XX (Personnelle)

F... Eugène, vitrier. Salle Laënnec 8.

Jamais malade jusqu'à maintenant. Depuis quelque temps tousse beaucoup et se plaint surtout de vomir tous les soirs, au milieu du repas. Pas de diarrhée, ni de sueurs nocturnes.

Entre le 12 octobre à l'infirmerie pour ses vomissements. L'appétit est bon.

Légère submatité en avant et en arrière aux deux sommets. A droite, respiration un peu rude, quelques craquements. A gauche, expiration un peu prolongée.

Le malade que nous mettons en observation a un peu de fièvre ; tous les soirs sa température est de 38°,2. Elle est de 38°,4 le matin où nous mettons l'appareil, car les vomissements ont continué malgré les médicaments.

17 octobre. — Appareil en toile.

22 octobre. — Le malade n'a plus vomi. La toux est moins fréquente et moins quinteuse. Le malade dort bien ; avant, au contraire, il avait des insomnies continuelles. La fièvre a diminué dès le lendemain ; en ce moment la température est de 37°,2 le matin et de 37°,4 le soir.

28 octobre. — Le malade part très amélioré ; depuis son appareil il n'a plus eu un seul accès de vomissement ; il ne tousse

presque plus, ce qui lui permet de s'alimenter et de se reposer. Plus de température.

OBSERVATION XXI (personnelle).

G... Joseph, 36 ans, camionneur. Salle Laënnec 7.

Père mort d'un accident, mère (?). Une sœur morte après une couche.

A eu la grippe en 1889. Tousse depuis dix-huit mois, mais s'enrhumait très facilement depuis longtemps déjà. Depuis le mois d'août a de la diarrhée. Sueurs nocturnes.

1^{er} octobre 1898. — Actuellement le malade a beaucoup maigri (20 kilogs). Il tousse par quintes, surtout la nuit. Tous les jours, il vomit ses aliments, presque immédiatement après les repas. Pas d'anorexie.

A droite, la respiration est rude et soufflante au sommet, surtout en arrière; quelques craquements le long du bord axillaire. A gauche, douleur à la percussion; submatité dans les fosses sus et sous-claviculaires et matité complète dans les fosses sus et sous-épineuses; quelques râles de congestion à la base du poumon; zone de ramollissement au sommet s'étendant jusqu'au milieu de l'omoplate.

2 octobre. — Appareil plâtré à gauche.

4 octobre. — Le malade tousse un peu moins. Les quintes de toux se répètent moins souvent, et durent moins longtemps. Le 3 au soir, léger vomissement, beaucoup moins abondant que précédemment.

12 octobre. — L'amélioration continue, cependant le malade

a eu la veille un vomissement abondant après son repas du soir.

14 octobre. — Les vomissements sont revenus comme précédemment ; la toux est violente. En examinant le malade, on s'aperçoit alors qu'il a coupé, de sa propre autorité, la ceinture ventrale de son appareil, qui par conséquent est toujours remonté et ne comprime plus du tout son thorax.

On lui enlève l'appareil.

Comme les symptômes sont toujours aussi alarmants et que toute la thérapeutique que nous employons ne réussit pas, nous remettons un appareil en bandes de toiles le 18 octobre.

19 octobre. — Dans la journée du 18, le malade n'a pas vomi.

22 octobre. — Depuis la pose du deuxième appareil, le malade se trouve beaucoup mieux. Les vomissements ne sont plus revenus. La toux, qui en était la cause, a beaucoup diminué.

La fièvre qui, entre la pose des deux appareils, était d'environ 38°, est complètement tombée depuis le 19 octobre. La température atteint au maximum 37° 4 ; elle n'a jamais atteint un chiffre plus élevé.

27 octobre. — Le malade garde son appareil jusqu'au 27, jour de son départ ; nous ne pouvons donc l'ausculter ; l'appétit est bon et le malade se nourrit facilement.

OBSERVATION XXII (personnelle).

T..., Basile, 48 ans, terrassier, salle Laënnec, 14.

Parents, frères et sœurs se portent bien.

A eu une pleurésie à 32 ans, et une fièvre typhoïde à 41. Depuis mai 1878; toussé beaucoup ; quelques hémoptysies.

15 septembre 1898. — Lorsque nous l'examinons, le malade nous dit qu'il a beaucoup maigri. Il a des sueurs nocturnes. Il a peu d'appétit, et le peu d'aliments qu'il consomme sont vomis immédiatement en toussant, surtout le soir.

La percussion est douloureuse à droite, en arrière. Les deux sommets sont mats, surtout à droite.

Signes de ramollissement à droite et à gauche, mais surtout à droite.

16 septembre. — Appareil à gauche.

20 septembre. — Depuis la mise de l'appareil, le malade n'a plus vomi. La toux a beaucoup diminué.

25 septembre. — Même état.

28 septembre. — Le malade quitte complètement son appareil. Il ne tousse presque plus et n'a toujours pas de vomissement.

1^{er} octobre. — Le malade, ayant quitté son appareil, a eu de nouvelles quintes de toux, accompagnées de légères hémoptysies. Les vomissements cependant n'ont pas reparu.

4 octobre. — Il quitte l'Asile. Son état général est beaucoup meilleur ; les résultats ont été très satisfaisants, bien que les lésions pulmonaires aient été très graves. Le malade a repris un peu d'embonpoint et à son départ son poids avait augmenté de 2 kilogr. 500.

OBSERVATION XXIII (résumée personnelle).

H. ., Edmond, 66 ans, garçon de cuisine, salle Magendie 5.

Père et mère morts de tuberculose. Un frère et une sœur décédés, mais de cause inconnue.

Jamais de maladie. Le malade tousse seulement depuis huit mois. Jamais d'hémoptysie ni de diarrhée.

4 septembre 1898. — Entre à l'Infirmerie. Il tousse beaucoup, surtout la nuit. Le soir, en se couchant après le dîner, il vomit ses aliments à l'occasion de quintes de toux.

A droite, sonorité normale en avant ; matité s'étendant en arrière jusqu'à la pointe de l'omoplate; gros râles humides dans les fosses sus et sous claviculaires; en arrière, souffle caverneux et gargouillements. A gauche, légère submatité en arrière : respiration rude au sommet ; quelques craquements dans la fosse sus-épineuse et le long du bord spinal de l'omoplate.

6 septembre. — Compression thoracique à droite.

8 septembre. — Le malade n'a plus eu de vomissements. Comme l'appareil le gêne un peu, il ne le garde que dans la journée, et l'enlève pour dormir.

10 septembre. — Toujours plus de vomissement. Le malade tousse également moins la nuit.

12 septembre. — Le malade n'a toujours plus vomi. Il se trouve beaucoup mieux ; ne tousse presque plus et retire complètement son appareil.

Les signes d'auscultation sont les mêmes.

18 septembre. — Le malade quitte l'asile.

OBSERVATION XXIII (personnelle).

L... Joseph 35 ans Boulanger. Salle Dupuytren 11.

Pas d'antécédent héréditaire. A eu la fièvre scarlatine à 12 ans. Tousse depuis quatre ans, époque où il a commencé à maigrir. Hémoptysies. Depuis trois ans a des vomissements fréquents. Jamais de diarrhée. L'appétit est conservé.

18 juillet 1898. — Le malade entre à l'Infirmierie. Depuis son entrée à l'asile, il vomit en effet tous les jours plusieurs fois (trois fois, en moyenne) par suite de quintes de toux très violentes qui le prennent immédiatement après les repas.

Aux deux sommets, en avant, légère submatité, un peu d'augmentation des vibrations thoraciques ; respiration rude. En arrière, à gauche, auscultation presque normale, expiration peut-être un peu prolongée ; à droite, au contraire, gros râles humides et gargouillement, s'étendant très bas. Le malade ne pouvant garder aucun aliment, et tous les traitements qu'il a suivis jusqu'ici n'ayant donné aucun résultat, nous lui mettons un appareil à gauche, le même jour à dix heures du matin. Le malade qui s'attendait à vomir à midi après le déjeuner ne l'a pas fait, pas plus que le soir d'ailleurs. La veille il avait vomi à trois reprises.

20 juillet. — Le malade se trouve beaucoup mieux. Les quintes de toux sont plus rares. La nuit a été bonne. Le malade se trouve bon appétit.

22-23-24 juillet. — Etat général est toujours le même.

Diminution de la toux. Toujours suppression des vomisse-

ments. Le malade enlève son appareil le soir et ne le garde que dans la journée.

26 juillet. — Vomissement à midi et demi.

27 juillet. — Vomissement à dix heures.

29 juillet et 2 août. — Plus de vomissements ; le malade depuis la pose de son appareil n'a plus pris de médicament pouvant agir directement sur les vomissements.

7 août. — Le malade tousserait peut-être un peu plus ; mais il ne sent plus aucune envie de vomir. Plus de fièvre.

14 août. — Etat satisfaisant. Le malade passe des nuits assez bonnes. Il tousse peu et ne vomit plus.

25 août. — Il quitte l'infirmierie ; il mange bien et se sent la force de reprendre ses occupations. Nous lui conseillons de ne plus reprendre son métier de boulanger qui est beaucoup trop fatigant pour un homme ayant des lésions si avancées à gauche.

OBSERVATION XXIV (D^r Mignon)

(Résumée)

H..., 22 ans, garçon d'office. Salle Laënnec, 6.

Père mort de pneumonie ; mère vivante bien portante. Deux frères et une sœur ayant une bonne santé.

Fièvre typhoïde à 18 ans. Tousse depuis seize mois. A eu une première hémoptysie il y a un an.

Sueurs nocturnes. Toux fréquente ; a eu de la fièvre au début de sa maladie ; vomissements assez souvent.

9 avril 1898. — Le jour même de son arrivée à Vincennes

entre à l'infirmerie, car depuis deux mois il a des vomissements après chaque repas. Pas de fièvre en ce moment. Anorexie et cependant a beaucoup de courage pour essayer de se nourrir.

Matité complète du sommet gauche et douleur très vive à la percussion ; de plus la toux fait naître une douleur excessivement violente au niveau du mamelon gauche, du même côté. Craquements en avant et en arrière dans la fosse sus-épineuse. A droite un peu de submatité dans les deux fosses en arrière où on entend quelques râles surtout lorsque l'on fait tousser le malade.

9 avril. — Appareil à gauche.

11 avril. — Les vomissements ne sont plus revenus et la toux a diminué. (Les vomissements avaient résisté auparavant à tous les traitements). Les douleurs thoraciques ont également disparu.

20 avril. — Le malade, se trouvant bien, quitte son appareil. Il mange un peu. A l'auscultation les craquements, surtout nombreux à gauche, sont beaucoup plus rares.

27 avril. — Le malade quitte l'infirmerie. Il peut maintenant s'alimenter, ce qu'il n'avait pu faire depuis longtemps.

OBSERVATION XXV (personnelle).

L..., 22 ans, peintre en bâtiments. Salle Laënnec 3.

Mère se porte bien. Père mort de saturnisme et de bronchite chronique. Deux sœurs bien portantes.

Entérite à 12 ans ; fièvre typhoïde à 22 ans ; en 1895 une et l'année suivante deux attaques de coliques saturnines. Très sujet aux angines. Tousse depuis l'âge de 19 ans. Le 8 juin 1898

bronchite. Sueurs nocturnes pendant une huitaine de jours. Hémoptysies à deux reprises différentes. Depuis le 21 juillet 1898 vomit tous ses aliments environ une heure après chaque repas.

Il a peu maigri et a toujours bon appétit.

Les signes d'auscultation sont peu avancés. Les sommets sont un peu mats à la percussion, et la respiration est rude avec expiration prolongée surtout à droite.

27 juillet 1898. — Lorsqu'il rentre à l'infirmerie, nous lui mettons immédiatement un appareil, car il vomit déjà depuis huit jours.

28 juillet. — Les vomissements ont été aussi fréquents que les jours précédents, mais moins abondants.

29 juillet. — Un seul vomissement, le matin.

30, 31, 1^{er} août. — Pas de vomissement.

7 août. — Depuis le 1^{er} août le malade n'a toujours plus eu de vomissement ; il se plaint cependant d'avoir des digestions laborieuses.

9 août. — Même état. Les signes d'auscultation ont peu varié.

10 août. — Quitte l'asile. Le malade, qui avait toujours bon appétit, se nourrit bien.

VI. — MODIFICATIONS DE QUELQUES AUTRES SYMPTOMES DE LA TUBERCULOSE

Dans les précédents chapitres nous avons étudié les améliorations que nous avons obtenues pour deux des principaux symptômes de la tuberculose pulmonaire. Nous allons maintenant en passer en revue quelques autres et voir quelle a été l'influence de l'immobilisation thoracique.

On sait combien les douleurs thoraciques sont fréquentes pendant que la tuberculose se développe ; elles siègent sous la clavicule, dans la région scapulaire, ou entre les deux épaules. Elles sont intermittentes ou permanentes et augmentées par la pression, la percussion, les mouvements, la toux, les inspirations profondes ; souvent elles sont dues, soit à des poussées de pleurésie sèche, soit à des foyers de congestion, soit à des névralgies. Sans doute les révulsifs, comme les cataplasmes sinapisés, l'iode, les ventouses, les frictions térébenthinées, joints à l'absorption de l'antipyrine ou de la phénacétine, triomphent quelquefois facilement de ces douleurs qui souvent aussi sont rebelles à tout traitement. Dans les observations (II, IV, VII, X, XIII, XXIV) nous voyons que les malades ont vu,

au bout de quelques jours, leurs douleurs diminuer d'intensité et même disparaître complètement à la suite de l'application de l'appareil dont l'heureux effet était certainement dû au repos et à la compression modérée de la cage thoracique. Il est bon cependant de faire remarquer que l'appareil lui-même, mais seulement l'appareil plâtré, provoque certaines douleurs musculaires superficielles, lorsqu'il est laissé assez longtemps ; mais elles disparaissent très vite.

La température, facteur si grave de la tuberculose, est tombée aussi bien souvent après la pose de notre appareil. M. le Dr Bloch a montré à la Société de Biologie des courbes de température particulièrement intéressantes et nous-mêmes, dans les observations (II, VIII, XX, XXI), nous voyons la température, qui atteignait précédemment 38° tous les soirs, tomber immédiatement à 37° ou 37°,4 ; de plus les écarts de température entre le matin et le soir étaient presque insensibles. Cette diminution de la fièvre était due à l'amélioration de l'état général de nos malades. On a constaté, en effet, que, d'ordinaire, le meilleur moyen de diminuer et d'enrayer la fièvre chez les tuberculeux était d'améliorer leurs lésions en mettant rigoureusement en œuvre le traitement hygiénique. En pouvant jouir d'un sommeil réparateur, et surtout conserver leurs aliments, nos malades voyaient ainsi disparaître les deux plus grandes causes qui contribuent, entre beaucoup d'autres, à élever la température des tuberculeux.

Tels sont les résultats que nous avons obtenus : quelquefois, abaissement de la température ; souvent, diminu-

tion de la toux, des douleurs thoraciques et par suite de l'insomnie ; et toujours, ou du moins presque toujours, suppression des vomissements.

Nous allons maintenant voir si, malgré les résultats obtenus, il est toujours utile et même possible de faire cette immobilisation thoracique sans nuire au malade, en un mot voir quelles sont les indications et les contre-indications de notre procédé.

VII. — INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Actuellement c'est surtout par l'hygiène que l'on guérit les tuberculeux. Sans elle, en dépit de la multiplicité des médications préconisées, nous restons désarmés devant la phtisie pulmonaire; et, cette hygiène reconnaît principalement deux lois essentielles : le repos à l'air libre et la suralimentation.

Certes les malades chez qui les signes cliniques sont si peu précis que l'on ne pourrait, sans le secours de la bactériologie, faire le diagnostic de la tuberculose; ceux qui ne présentent que des symptômes exessivement bénins; ceux, en un mot, qui ne sont qu'au début de leur maladie, ne doivent pas être traités par l'immobilisation du thorax. Ce n'est pas tel ou tel symptôme particulier, comme la toux, les vomissements, les points de côté etc., qui incommode surtout le malade, c'est son état général qui est particulièrement atteint et le traitement général seul a sa raison d'être appliqué. Dans ces cas, l'immobilisation du thorax, en amenant la compression du poumon et par suite une certaine difficulté dans l'accès du sang serait alors plus nuisible qu'utile. Mais hélas ! il n'en est pas toujours ainsi, et que de fois dans la clientèle hospitalière de même que dans la clientèle privée se trouve-t-on en présence de malades dont les lésions se prêtent trop facilement au diagnostic. Ils ont seulement recours au médecin quand ils présentent des symptômes graves et alarmants et alors

tout en leur conseillant le traitement général, il faut aussi avoir recours au traitement symptomatique. Il faut, pour leur permettre de profiter du repos qu'on leur conseille et de la suralimentation qu'on leur ordonne, les soulager de la toux qui les oppresse, supprimer les vomissements qui les anémient, les délivrer des douleurs thoraciques dont l'intensité leur enlève tout sommeil et tout repos, toutes choses que nous avons obtenues par le procédé thérapeutique que nous préconisons. Ces bons résultats nous les avons obtenus immédiatement et surtout sans aucune influence fâcheuse sur l'estomac si délicat de nos malades, contrairement à ce qui arrive ordinairement par l'emploi de tous les produits pharmaceutiques qu'on prodigue ordinairement aux tuberculeux.

Tels sont donc les avantages immédiats que nous avons tirés de notre traitement ; nous ne savons quel en sera le résultat éloigné, car il faudra suivre les malades beaucoup plus longtemps que nous n'avons pu le faire. Toujours est-il que nous n'avons jamais observé chez ceux dont les lésions n'étaient pas trop avancées la moindre aggravation dans leur état ; au contraire, les phénomènes de percussion et d'auscultation ont été souvent améliorés.

Nous avons vu la sonorité à la percussion augmenter, la respiration soufflante s'atténuer et devenir plus douce, diminuer les râles de congestion, diminuer aussi les craquements et nous osons croire que les lésions, si lésions il y a, que peut produire la compression, doivent être rapidement effacées par le retour à la fonction, par la pénétration plus profonde de l'air atmosphérique, par l'ex-

pansion pulmonaire compromise par notre appareil que nous laissons en place de huit à quinze jours.

Les indications de notre procédé thérapeutique sont donc, à notre avis, très précises. On peut faire de la compression temporaire du thorax lorsque certains symptômes sont dominants et rendent très grave le pronostic de la maladie. D'ailleurs cette sélection nous l'avons faite nous-même en n'appliquant notre appareil qu'à des malades, chez qui la toux était opiniâtre, les vomissements incoercibles, les points de côté très douloureux et la température élevée.

Quant aux contre-indications elles se déduisent facilement du mode d'action de notre appareil. Comment, en effet, agit-il ? Ce n'est pas par la simple chaleur qu'il produit, car un simple enveloppement ouaté ne suffit pas pour donner les mêmes résultats. L'acide carbonique, qui séjourne davantage dans les alvéoles pulmonaires, aurait-il sur la muqueuse respiratoire une action sédative ? Le repos étant là comme partout le meilleur antiphlogistique, peut-il avoir une influence favorable ! Du reste n'est-ce pas par le repos que l'on traite la tuberculose de certaines autres régions, les articulations par exemple, afin de favoriser la production d'ankyloses, c'est-à-dire de tissu fibreux ? Toutes ces hypothèses sont peut-être vraies, mais nous croyons que c'est surtout à son rôle mécanique que notre appareil doit de diminuer la toux, de supprimer les points douloureux et d'arrêter les vomissements. Il empêche, en effet, l'expansion trop violente du thorax, il entrave le jeu, exagéré par les efforts de toux, des muscles inspireurs et expira-

teurs, et ainsi s'expliquent les bons résultats obtenus.

De ce que nous venons de dire, nous pouvons maintenant facilement en déduire les contre-indications. Puisque notre appareil agit par la compression qu'il fait sur la cage thoracique, il est de toute évidence que la cuirasse ne peut être supportée par les emphysémateux. On ne pourrait impunément abaisser chez ces malades la capacité respiratoire qui, comme l'a démontré la spirométrie, est souvent déjà diminuée de 50 pour 100 et même au-delà. L'emphysémateux a bien des raisons en effet pour mal respirer; la raréfaction du tissu pulmonaire, l'abaissement du diaphragme par ampliation exagérée des poumons, l'insuffisance de l'expiration, la diminution du champ de l'hématose, toutes causes qui seraient augmentées par l'immobilisation thoracique. De plus les troubles cardio-pulmonaires, si fréquents chez les emphysémateux seraient aussi rapidement aggravés par suite de la stase sanguine qui se produirait plus facilement encore dans les poumons.

Les tuberculeux dont les deux poumons sont atteints dans la plus grande partie de leur étendue d'infiltration bacillaire, ceux aussi à qui de profondes cavernes ont enlevé une grande partie de leur capacité respiratoire sont dans le même cas. On comprend qu'ils ne puissent supporter une gêne partielle surajoutée à leur anxiété de tous les instants, car, comme les emphysémateux, ils sont en proie à une dyspnée continue et à de fréquents accès de suffocation. Il n'est pas besoin de dire que les cachectiques très avancés sont dans le même cas et que le procédé ne saurait non plus leur convenir.

VIII. — CONCLUSIONS

I. — Le traitement hygiéno-diététique de la tuberculose est indispensable pour obtenir de véritables succès. Toutefois on se trouve, en certains cas, obligé de recourir à la thérapeutique des symptômes, ou tout au moins de joindre ce traitement au précédent.

II. — L'immobilisation passagère du thorax que nous préconisons calme des symptômes pénibles pour le malade et n'entrave nullement le traitement général.

III. — Cette immobilisation passagère diminue les accès de toux, fait disparaître les vomissements, calme les douleurs intercostales et fait baisser la température.

IV. — Ce procédé thérapeutique a l'avantage sur les traitements médicamenteux de ne point troubler les fonctions digestives.

V. — Ce procédé n'est pas toujours applicable et ne saurait être recommandé chez les emphysémateux, chez les tuberculeux à une période avancée, en un mot chez tous ceux dont le champ respiratoire est très diminué.

Vu par le Président de la thèse,

LANDOUZY

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

